

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1933

THÈSE

N°

15

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marcel POTTIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 29 Septembre 1908, à Chateaudun (Eure-et-Loir)

De l'origine Naso-Bucco-Pharyngée des Suppurations pulmonaires

Président de Thèse : M. Emile SERGENT, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

Digitized by the Internet Archive
in 2026

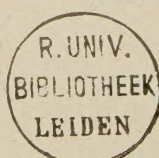
**De l'origine Naso-Bucco-Pharyngée
des Suppurations pulmonaires**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	DEBÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N. FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GULLAIN.
	LEMIERRE.
	LENNORMANT.
	GUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
	FERRIEN.
	MARION.
	COUVELAIRE.
	BRUNDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRELIANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.
Professeur sans chaire.....	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiâtr.
AUBERTIN, . . . Pathologie médicale.
BÉNARD Henri, Pathologie médicale.
BROcq Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
BUSQUET, . . . Pharmacologie.
CADENAT, . . . Pathologie chirurgicale.
CATHALA, . . . Pathologie médicale.
CHABROL, . . . Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT, Physiologie.
CHEVALLIER, . . Pathologie médicale.
DOGNON, . . . Physique.
DONZELOT, . . . Pathologie médicale.
ECALLE Obstétrique.
FEY, Urologie.
GASTINEL, . . . Bactériologie.
GATELLIER, . . . Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART
 D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
GIROUD, Histologie.
HALPHEN, . . . Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD, Pharmacologie.
HUGUENIN, . . . Anatomie pathologique.
JOANNON, . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri), Chimie biologique.
LAROCHE (Guy), Pathologie médicale.
LEVEUF, Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI, . Neuro-psychiâtrie.
LIAN, Pathologie médicale.
MONDOR, Pathologie chirurgicale.
MOREAU, Pathologie médicale.
MOULONGUET, . Pathologie chirurgicale.
MOURE, Pathologie chirurgicale.
OBERLING, . . . Anatomie pathologique.
OLIVIER, Anatomie.
PIÉDELIÈVRE, . Médecine légale.
POITES, Obstétrique.
QUÉNU, Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils, . . Physiologie.
SANNIÉ, Chimie biologique.
SÉZARY, Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER, . . . Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur), . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . . Obstétrique.
VELTER, Ophthalmologie.
VIGNES, Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX, Obstétrique.
LEROUX, Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE, Parasitologie.

MM.

BETTERER, . . . Histologie.
ZIMMERN, . . . Physique.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	MM.
ABRAMI Clinique médicale.	PROUST. Clinique chirurgicale.
CHIRAY Clinique médicale.	SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
DUVOIR Clinique médicale.	LE LORIER. Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAI. Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.	METZGER. Clinique obstétricale.
MOCQUOT. Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT. Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON ONCLE

le DOCTEUR A. VALLÉE
de Meslay-le-Vidame (Eure-et-Loir)

*Qui fut mon premier Maître, et qui vou-
dra bien accepter ce témoignage de mon
affection.*

A MON MAÎTRE ET AMI

le DOCTEUR PIERRE JOURDAN
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,

*Dont l'enseignement en conférence nous a
toujours particulièrement séduit.*

A MON AMI

JACQUES DE TARRAGON

A MES MAÎTRES

dans les Hôpitaux de Paris,
et, en particulier à mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le PROFESSEUR EMILÉ SERGENT

STAGE :

1928. Messieurs les PROFESSEURS E. SERGENT,
P. DUVAL, LEMIERRE.

EXTERNAT :

1929. Monsieur le DOCTEUR M. CHIFOLIAU, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,

1930. Monsieur le PROFESSEUR E. SERGENT, professeur de clinique propédeutique à l'Hôpital de la Charité,

1931. Monsieur le DOCTEUR LORTAT-JACOB, médecin de l'Hôpital Saint-Louis (*in memoriam*).

1931. Monsieur le PROFESSEUR OMBREDANNE, professeur de clinique chirurgicale infantile, aux Enfants-Malades,

1932. Monsieur le DOCTEUR Ph. PAGNIEZ, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,

1932-33. Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ H. MONDOR, chirurgien de l'Hôpital Bichat,

1933. Monsieur le DOCTEUR CHIRIÉ, accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu,

Mais surtout, je tiens à insister sur la part très importante prise dans nos études et dans l'orientation même de notre vie *par les docteurs* :

PIERRE MEROT, ancien interne des Hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôpital d'Hirson (Aisne).

et RAOUL KOURILSKY, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris, médecin-assistant du service mixte médico-chirurgical de l'Hôpital de la Charité.

Qu'ils m'excusent de vouloir tout spécialement les remercier ici du fond du cœur, et qu'ils veuillent bien accepter l'hommage de mon profond attachement.

DE L'ORIGINE NASO-BUCCO-PHARYNGÉE DES SUPPURATIONS PULMONAIRES

Lors d'une année d'externat passée en 1930, dans le service mixte médico-chirurgical de notre Maître le Professeur Emile SERGENT, à l'Hôpital de la Charité, nous avons eu l'occasion d'étudier, sous ses conseils, et ceux de son ancien chef de clinique, le Docteur R. KOURILSKY, de nombreux cas de suppurations pulmonaires.

Au milieu des multiples étiologies de ces suppurations, bien souvent rien de précis n'apparût à l'observation, mais en poussant l'investigation vers une cause d'ordre naso-bucco-pharyngée, nous avons acquis la certitude de l'extrême fréquence de cette étiologie.

Je tiens à remercier ici l'extrême obligeance du Professeur Emile SERGENT, qui, me permettant d'être son externe après avoir été son stagiaire, m'a donné l'occasion d'étudier les malades présents, et de colliger les observations de son service. Enfin, il convient d'ajouter l'importance de l'appoint apporté par l'article princeps que le Professeur SERGENT a publié en août 1926 dans le *Journal Médical Français*, précisément sur cette question, sous le titre : « Les abcès

putrides ou gangréneux du poumon, d'origine nasobucco-pharyngée ».

Je veux remercier également le Docteur Raoul KOURILSKY à qui je dois un grand nombre d'idées écrites dans cette thèse. C'est lui qui a attiré mon attention sur les cas les plus intéressants, et inspiré la plupart des conceptions ici exposées. Il m'a, de plus, fourni quelques observations du plus haut intérêt.

HISTORIQUE

Ce n'est pas la première fois que l'on s'étend sur l'étiologie naso-bucco-pharyngée des suppurations pulmonaires. Il existe cependant un antagonisme frappant, qui a été maintes fois relevé, entre les statistiques étrangères (américaines surtout) et françaises, sur ce point.

C'est ainsi qu'en Amérique, les observations d'abcès du poumon, survenant par exemple, après tonsillectomie, sont très nombreuses, alors qu'en France, elles sont rares. Et les observations françaises typiques, connues, où l'origine naso-bucco-pharyngée est manifeste *a priori*, se comptent. Il faut surtout citer les observations suivantes :

1° LEREBoullet, FAURE-Baulieu et Poyet, 1912.

Femme de 25 ans, sans passé pathologique, qui subit le 3 novembre 1912, sous anesthésie générale, l'avulsion de deux molaires cariées, compliquées de périostite : le lendemain, début brusque d'un abcès putride de la base gauche. Guérison.

2° SERGENT et BORDET, 1926, dans l'article déjà cité, ont publié deux cas.

Obs. 1. — Femme de 26 ans. En décembre 1924, abrasion sous anesthésie générale, de cornets hypertro-

phiés. Trois semaines après, début brutal d'une gangrène pulmonaire de la base droite.

OBS. 2. — Femme de 27 ans. En juin 1925, extraction d'une dent de sagesse, suivie d'une angine de Ludwig, qui fut incisée sous anesthésie générale. Dix jours après, début brutal d'une gangrène pulmonaire du lobe moyen droit.

3° R. KOURILSKY (Thèse 1927).

OBS. 1. — Femme de 38 ans. Collection fétide de la région moyenne du poumon gauche survenue en mai 1925, huit jours après l'ouverture spontanée d'un abcès dentaire dans la cavité buccale.

OBS. 2. — Abcès putride du poumon droit, évoluant par vomiques fétides intermittentes, débutant huit jours après l'extraction d'une dent de sagesse compliquée d'abcès buccal.

4° R.-J. WEISSENBACH (1927). Femme qui, quelques jours après une poussée d'arthrite suppurée alvéolo-dentaire, présenta des signes de collection suppurée intra-pulmonaire avec vomique précoce.

5° RUPPE et LAMBLING (1928). Homme de 53 ans, porteur depuis plusieurs mois d'un kyste paradentaire infecté. Les signes de suppuration pulmonaire débutent bientôt. Identité des germes du kyste et de la suppuration pulmonaire.

6° BESANÇON, ETCHEGOUIN, AZOULAY (1928).

OBS. 1. — Homme de 40 ans, opéré sous anesthésie générale d'ostéite Σ avec carie. Le lendemain de l'opération, apparition d'un foyer de gangrène pulmonaire de la base droite.

Obs. 2. — Femme de 35 ans. Deux jours après une amygdaléctomie sous anesthésie locale, fait une gangrène pulmonaire à foyers multiples broncho-pneumoniques évoluant en sept semaines vers la mort.

7° Enfin, les cas de : COYON et OUMANSKY, DEVIC et RAVAUULT, DENECHAU, ESTÈVE et CARTIER.

8° Enfin, en 1932, une observation de M. ARMAND-DEUILLE dans la *Revue de la laryngologie* (voir plus loin).

DONNÉES PERSONNELLES

Ces données sont celles du service mixte médico-chirurgical du professeur Emile SERGENT.

Les suppurations pulmonaires sont divisées en trois classes :

les abcès simples,

les abcès putrides,

les gangrènes pulmonaires aiguës

et pour chacun de ces trois cas, seront exposées :

1° Les observations d'étiologie naso-pharyngée évidente ;

2° Celles où, *a priori*, rien n'attire l'attention de ce côté.

A. — Le premier chapitre, de faits évidents, est très pauvre ; nous ne pouvons donner que deux observations, ce qui est peu, sur la grande quantité de suppurations pulmonaires observées dans le service mixte. Les voici : ce sont deux observations d'abcès putrides :

1° G..., 39 ans, entre le 20 octobre 1930. A fait de nombreuses fluxions dentaires du côté droit. Fait en mai 1930, un abcès de la joue droite que l'on incise : guérison momentanée. Cet abcès réapparaît ensuite tous les mois. Le troisième abcès gingivo-jugal était terminé fin août, lorsque, le 3 septembre, débute brusquement un abcès putride du lobe antérieur gauche. Le malade quitte le service sur sa demande, le 30 octobre 1930, refusant l'intervention.

2° Emile X..., 10 ans. Fait une scarlatine à 4 ans : trois semaines après la quarantaine de la scarlatine, débute un rhumatisme articulaire aigu qui dure trois semaines sans complications, traité par le salicylate. Depuis, le jeune X... a quatre ou cinq angines par an, faisant en outre, trois otites et deux perforations du tympan. En avril 1932 : angine, otite, mastoïdite opérée, se succèdent. En septembre 1932 : opéré d'amygdales et de végétations avec grosse hémorragie ; depuis, fièvre intermittente. En novembre 1932 : réouverture de la plaie mastoïdienne avec écoulement de pus et de sang, au même moment commence une bronchite.

En janvier 1933, congestion pulmonaire droite avec hémoptysies (deux fois un crachat de sang noir en nature) ; depuis le malade *mouche et crache du pus inodore*. En avril 1933, apparition d'un syndrome pneumonique droit avec expectoration très abondante et très fétide (une vomique). *Depuis, suppuration chronique du lobe supérieur droit.*

B. — Les observations où, *a priori*, rien n'attire l'at-

tention vers une étiologie naso-pharyngo-buccale, sont par contre beaucoup plus nombreuses. C'est ici une recherche souvent minutieuse qui trouve dans une importante proportion une étiologie de cet ordre.

LES ABCÈS SIMPLES

Dans trois observations que nous ne pouvons exposer ici, une rhino-pharyngite manifeste a précédé la suppuration en question.

Et dans un cas, qui nous a encore été communiqué par le Docteur R. KOURILSKY, nous avons noté ceci : un malade avait fait une angine à la suite d'une complication pulmonaire qui paraissait accidentelle : on a su qu'il hébergeait du pneumocoque virulent par un tubage duodénal qui a ramené une bile A où fourmillait ce microbe. L'inoculation à la souris des sécrétions bucco-nasales entraîna en quelques heures la mort de l'animal.

LES ABCÈS PUTRIDES

Ici, les antécédents de gingivite, de stomatite, de carie dentaire, de pyorrhée alvéolo-dentaire, sont d'une fréquence extrême ; et souvent ces lésions même sont d'une intensité considérable.

OBS. 1. — M. L..., 30 ans, entre à l'hôpital, porteur d'un abcès putride du lobe inférieur droit ayant débuté vingt-cinq jours avant.

Il existe une stomatite évidente et une gingivite très marquée persistant depuis plusieurs mois.

OBS. 2. — M. G..., 50 ans, entre porteur d'une supuration chronique fétide du lobe supérieur droit durant depuis 1928 et évoluant à la suite d'une tuberculose pulmonaire. Ici, c'est une carie dentaire accentuée qui attire l'attention dès l'examen de la bouche.

OBS. 3. — M. N..., 34 ans, entre pour des signes d'abcès putride du lobe antérieur gauche apparus cinq jours après une amygdalite aiguë.

OBS. 4. — M. D..., 38 ans, présente des signes d'abcès putride du lobe inférieur droit. Chez lui, on trouve des dents très infectées avec carie et gingivite.

OBS. 5. — M. L. S..., 30 ans, entre pour un abcès putride très étendu du lobe antérieur gauche. Chez ce malade, on observe une carie dentaire multiple, extrêmement accentuée, avec pyorrhée abondante, gingivite, et stomatite.

OBS. 6. — M. A. A..., 30 ans, entre pour un abcès putride du lobe antérieur gauche. On trouve dans les antécédents deux abcès amygdaliens l'année précédente.

OBS. 7. — M. M..., 43 ans, entre porteur d'un abcès pulmonaire putride du lobe inférieur droit. Chez lui, les antécédents pharyngés sont moins nets, mais il existe encore de la stomatite.

OBS. 8. — M. R..., 34 ans, entre avec des signes d'abcès putride du lobe inférieur droit. On remarque une carie dentaire d'une intensité exceptionnelle, avec

pyorrhée, gingivite, stomatite, et abcès dentaires fréquents.

OBS. 12. — M. M..., 34 ans, présente un abcès putride du lobe antérieur gauche, et un très mauvais état dentaire nécessitant dès 1923, l'extraction de plusieurs dents cariées. Il ne reste actuellement que huit dents branlantes, et surtout une gingivite avec pyorrhée.

OBS. 13. — M. B..., entre avec un syndrome de suppuration putride du lobe supérieur droit. Sa dentition est en très mauvais état : dents cariées, gingivite, pyorrhée intense avec fétidité de l'haleine depuis longtemps observée. En outre, antécédents de coryzas répétés avec rhinite purulente presque permanente.

OBS. 14. — M^{me} M..., 28 ans, présente les signes d'un abcès putride de la base droite postérieure collectée, Huit jours avant le début de cette suppuration, elle souffre d'une gingivite en regard d'une dent en or, côté gauche du maxillaire inférieur, avec tuméfaction légère. Elle ignore s'il y eût abcès.

OBS. 15. — M. B..., 38 ans, abcès putride du lobe moyen droit, datant de huit mois, avec destruction progressive de ce lobe au cautère par MM. BAUMGARTNER et KOURILSKY. Ici, l'infection a été en apparence spontanée et a débuté « comme une congestion pulmonaire ».

L'entourage avait remarqué depuis plusieurs semaines que l'haleine était très fétide, et, en réalité, c'est une infection dentaire considérable avec stomatite et gingivite qu'il faut ici incriminer.

OBS. 16. — M. R..., 34 ans, entre dans le service

pour une infection putride aiguë avec image de lobite supérieure droite très dense, avec mauvais état général et évolution fébrile prolongée. Après plusieurs semaines, la température baisse progressivement, la lobite aiguë se nettoie radiologiquement, et derrière elle apparaît une image de lobite fibreuse ancienne.

Cette double lésion correspond à une double étiologie.

1° La complication infectieuse aiguë putride était survenue spontanément après un refroidissement accidentel, mais le malade était porteur de plusieurs dents profondément cariées, dont une grosse molaire inférieure pyorrhéique ;

2° La lobite scléreuse était en réalité due à une bacillose comme devait le démontrer l'inoculation des crachats qui mit en valeur l'existence d'un ultravirus tuberculeux.

Tous ces cas ont été observés de 1930 à 1932.

LES GANGRÈNES AIGÜES

Les observations en sont moins nombreuses du fait même de la moindre fréquence de cette affection sous son aspect classique, comparativement à celles des supurations dites abcès putrides.

OBS. 1. — M. C..., 51 ans, début très brutal le 16 août 1931, d'une gangrène aiguë se terminant par la mort le 20 septembre 1931. Ici toutes les dents du malade sont très profondément cariées.

OBS. 2. — M. G..., 36 ans, début brusque le 26 octo-

bre 1932, d'une gingivite aiguë du poumon gauche : mort le 7 novembre 1932. Dents cariées, pyorrhéiques, avec gingivite.

Obs. 3. — M. A..., 28 ans, début le 17 avril 1932. Evolution subaiguë d'une suppuration putride avec état général modérément altéré. Guérison après intervention. Carie dentaire considérable, pyorrhée et stomatite évoluant depuis plusieurs années.

Obs. 4. — M^{me} R..., 57 ans, début brusque en août 1932. Evolution d'une suppuration putride subaiguë avec vomiques fétides successives et adynamie. Mort le 3 août 1933. Lésions de stomatite et de gingivite avec enduit grisâtre très fétide. Carie dentaire intense.

Obs. 5. — M. F..., 46 ans. Gangrène cortico-pleurale droite de la base chez un diabétique.

Début le 30 juillet 1931 par refroidissement accidentel. Le malade est absolument trempé par une averse. Chez ce malade, les dents sont très encrassées.

Enduit adhérent très fétide avec haleine nauséabonde. Gingivite au pourtour de chaque dent avec pyorrhée.

N'a jamais observé d'hygiène bucco-dentaire. Mort le 13 septembre 1933.

Tels sont les cas que nous avons observés. On lira que l'infection bucco-dentaire était évidente. Il nous semble que son intensité même, dans ces observations, où à l'interrogatoire le plus minutieux aucune autre étiologie ne peut être incriminée, doit en faire une étiologie particulière.

Il faut avouer que chez les malades d'hôpital, l'hygiène buccale et dentaire est souvent totalement négligée. Mais l'association, si fréquente, de caries dentaires profondes, de pyorrhées, de gingivite, de stomatite, de fétidité enfin, avec pullulation des microbes virulents les plus variés (coccis et spirilles), et d'une suppuration pulmonaire putride ou non, à type d'abcès ou de gangrène aiguë, et où ces mêmes microbes sont rencontrés, ne peut être qualifiée simple coïncidence.

Et nous arrivons à un pourcentage impressionnant quant à l'étiologie naso-bucco-pharyngée dans la totalité des cas de suppuration observés dans le service mixte.

On trouve cette étiologie dans :

75 % des cas d'abcès simples ;

75 % des cas d'abcès putrides ,

85 % des cas de gangrènes aiguës ;

le reste étant constitué par l'infection bronchique chronique.

Enfin, ce rôle si important de l'infection bucco-dentaire ne se limite pas aux abcès spontanés, mais existe aussi dans la plupart des cas de *suppurations post-opératoires du pœumon*.

Ici, quelque soit l'intervention, il faut distinguer deux faits :

1° Les abcès du pœumon secondaires aux interventions naso-bucco-pharyngées, auxquels M. LE MÉE en

1932 a consacré une étude importante avec la collaboration des docteurs MM. R. KOURILSKY, LÉON KINDBERG, R. MONOD, SOULAS, A. BLOCH et Armand-DELILLE, dans le n° 7 de la *Revue de Laryngologie*.

Nous empruntons à cette étude, l'observation typique d'Armand DELILLE.

Fillette de 11 ans, opérée le 9 novembre 1932, d'amygdalectomie, et qui, onze jours après, fut prise de frissons et de point de côté droit, signes de début d'un abcès pulmonaire à pneumocoques de la base droite.

Nous passons sous silence de nombreuses autres observations identiques, qui sont particulièrement abondantes dans la littérature américaine.

2° Les abcès secondaires aux interventions abdomino-pelviennes ou gastriques. Même, dans ces cas, la flore des crachats n'est jamais celle de l'intestin ou du viscère où on a travaillé, mais une flore mixte banale bucco-dentaire.

Il convient donc encore ici d'insister sur l'importance du rôle de l'infection naso-bucco-pharyngée préalable.

L'étude des données du service mixte, nous amène à conclure ainsi :

Il y a deux grandes causes de suppuration pulmonaire putride ou non :

1° L'INFECTION NASO-BUCCO-PHARYNGÉE qui, suivant les cas, laisse filtrer :

Soit un germe pyogène banal,

Soit les germes de l'infection putride.

Il y a dans ces cas, migration de germes.

2° L'INFECTION BRONCHIQUE CHRONIQUE avec présence des germes *in situ*.

Mais celle-ci, elle-même est déterminée par des passages fréquents et répétés des germes du rhino-pharynx au niveau des bronches.

L'enquête étiologique des suppurations pulmonaires peut donc être ramenée à une chose simple, et nous insistons sur cette origine souvent méconnue.

Surtout, nous nous permettons de faire remarquer que l'attention, au moins en France, n'est pas suffisamment attirée sur ce point. Ce n'est souvent qu'une recherche soigneuse, que nous préconisons systématique, qui montrera l'existence de cette étiologie.

Et même lorsqu'existent d'autres causes : refroidissement accidentel, traumatisme ; on retrouve le rôle de l'infection patente bucco-pharyngée ; il convient ici de rappeler l'observation n° 5, de gangrène pulmonaire chez un diabétique, et de citer une autre observation.

M. M..., 33 ans, reçoit un coup dans la région de l'omoplate droite.

Huit jours après, refroidissement important, reste plusieurs heures sous la pluie et est trempé. Quelques heures après : point de côté violent en arrière et à droite, fièvre.

Huit jours après : expectoration d'emblée très félide. Vers l'âge de 12 ans, ce sujet a quatre dents brisées par traumatisme au maxillaire supérieur. N'a ja-

mais observé d'hygiène buccale depuis, et présente de nombreuses dents cariées. On constate un très mauvais état buccal : asymétrie d'implantation, dents presque toutes cariées, avec pyorrhée, gingivite, et haleine fétide bien longtemps avant la suppuration pulmonaire.

L'étiologie semble ici complexe : cet abcès putride est survenu chez un malade porteur d'une infection bucco-dentaire très accusée, à l'occasion d'un traumatisme, puis d'un refroidissement.

Et toute une série d'observations montre que si « ne fait pas une gangrène pulmonaire qui veut », il est bon à un sujet de ne pas se présenter en état d'infection bucco-dentaire de cette virulence devant un traumatisme ou un refroidissement important.

PATHOGÉNIE

A. — *Quelle est la condition qui détermine la migration des germes ?*

Ceci est tout à fait imprécis. Mais selon certaines données, c'est à notre avis fort variable, qu'il s'agisse :

1° Soit d'une simple exaltation de virulence ;

2° Soit d'un affaiblissement des barrières lymphatiques de l'oropharynx ;

3° Soit d'une altération des qualités protectrices du revêtement muqueux bucco-pharyngé qui, normalement ne se laisse pas traverser.

Ici sans doute intervient le rôle de modifications humorales faisant partie de l'immunité, et dans le domaine de laquelle la précision est chose particulièrement délicate...

Il est cependant un point qui mérite d'être précisé : c'est le rôle de l'anesthésie générale dans l'éclosion des suppurations post-opératoires.

Nous nous permettons de soulever l'hypothèse d'une action directe de l'anesthésique sur la muqueuse et d'une véritable intoxication cellulaire qui permet la pénétration des germes, c'est le seul moyen d'expliquer qu'à la suite d'interventions bénignes, souvent très courtes, surgissent des complications pulmonaires fréquemment suppuratives.

Nous insistons sur ce point, qui n'est pas classique, mais qui rend certainement mieux compte des complications de cet ordre que la théorie d'absorption involontaire de mucosités infectantes.

B. — *Quelle est la voie, suivie par les microbes ?* (ce problème a surtout été étudié par les oto-rhino-laryngologistes dans les cas de suppurations pulmonaires après tonsillectomie).

1° *Est-ce la voie bronchique ?*

C'est le mécanisme classique. Il y a longtemps que l'on insiste sur la violente aspiration pulmonaire passé le niveau du réflexe d'expulsion, sur la plus grande fréquence de ces infections à la base droite à cause de l'orientation particulière de la bronche droite.

Reportons-nous à l'article de SERGENT et BORDET précité et nous trouverons des preuves indiscutables de la réalité de ce mécanisme qui cependant est loin d'être la règle.

LE MÉE, dans son étude récente, pense que ce fait ne peut pas être suffisant à déterminer un abcès du poumon. « La facilité avec laquelle les alvéoles, les bronches et la trachée se débarrassent des particules septiques... sont des éléments dont on doit tenir compte dans la pathogénie des infections par aspiration.

En outre, si l'infection était mécanique, elle devrait être le plus souvent à droite et à la base, au moins dans les suppurations après amygdalectomie : or, elle siège, le plus souvent dans le lobe supérieur et presque aussi souvent à gauche qu'à droite.

Enfin, le plus souvent, le début survient quinze jours

à trois semaines après l'opération, l'intervalle libre devrait être beaucoup plus réduit si le facteur causal était l'aspiration bronchique.

2° *Est-ce la voie sanguine ?*

Elle explique un certain nombre de constatations cliniques, et les deux dernières raisons qui infirment l'origine mécanique sont pour elle. Cependant, elle n'éclaire qu'un nombre très restreint de faits.

3° *Est-ce la voie lymphatique ?*

Pour ROUVIÈRE, les lymphatiques de l'amygdale, après leur relai dans le ganglion sous-digastrique, aboutissent à la chaîne jugulaire interne. « A partir de l'extrémité inférieure de cette chaîne, l'infection ne pourrait s'étendre jusqu'au poumon, par voie lymphatique, qu'en cheminant en sens rétrograde à travers la chaîne latéro-trachéale, ganglions du pédicule, et ganglions intra-pulmonaires ».

On se rend compte, par conséquent, que la migration des germes, par voie lymphatique, jusqu'au poumon, se heurte à de grosses invraisemblances.

4° *La migration des germes par voie lymphatique d'abord, puis secondairement veineuse*, comme le pense le Docteur R. KOURILSKY dans l'étude faite avec le Docteur LE MÉE (voir plus haut), nous est infiniment plus séduisante que les autres suppositions.

Nous nous permettons de citer l'expression même de KOURILSKY :

« L'impossibilité aux agents pathogènes de remonter dans le sens rétrograde le cours de la circulation

lymphatique, ne peut s'appliquer avec cette rigueur au système lymphatique pulmonaire.

Comme l'a avancé BARD, l'écoulement de la lymphe du parenchyme pulmonaire aux ganglions n'a pas un cours immuablement dirigé. Les mouvements d'expiration et d'inspiration la soumettent à des alternatives de flux et de reflux vers le parenchyme respiratoire qui, les anastomoses des vaisseaux aidant, favorisent la diffusion des agents infectieux ».

Certaines recherches ont montré la rapidité avec laquelle un agent infectieux inoculé par la voie lymphatique passe dans la circulation générale.

« Dès lors, écrit KOURILSKY, on doit se demander si la vérité sur les affections pathogènes broncho-pulmonaires descendantes ne réside pas dans une combinaison qui est encore à définir entre voie lymphatique et circulation générale. ».

« Il nous paraît à peu près inéluctable que l'intervention, en libérant l'amygdale toujours chroniquement infectée, ensemence directement les lymphatiques de la loge. De là, la propagation doit se faire logiquement vers les ganglions satellites, et les chaînes cervicales profondes peuvent, dès lors être intéressées. Se produit-il alors un passage des germes dans la circulation veineuse jugulaire par où ils iront emboliser dans le poumon ? Ce mécanisme nous semble très probable, étant donné les connexions étroites entre lymphatiques et veines et la rapidité, démontrée par les expériences de dispersion, avec laquelle les germes passent d'un système dans l'autre. Lorsqu'au con-

traire les germes restent cantonnés dans le système lymphatique, la défense ganglionnaire joue son rôle par relai et neutralise silencieusement leur virulence.

...Nous avons vu pourquoi aucune des théories bronchique, artérielle, ou même veineuse, n'était satisfaisante, réablitant quelque peu le rôle du système lymphatique, *nous avons été conduit à une propagation mixte, initialement lymphatique, secondairement veineuse, qui nous paraît cadrer avec le maximum de faits* ».

[R. KOURILSKY. — Etude expérimentale dans « Les abcès du poumon après tonsillectomie », par LE MÉE, *Revue de Laryngologie*, n° 7, supplément, juillet-août 1932, p. 46 et 47.]

Il est évident que cette théorie rend compte d'une façon beaucoup, plus satisfaisante de la voie d'infection.

Et nous pensons que la théorie de KOURILSKY présente exactement la même valeur pour expliquer l'apparition d'une suppuration pulmonaire dans toutes les observations étudiées précédemment.

Nous pensons également ceci : les prédominances invoquées sur le lobe inférieur droit pour la voie bronchique ne sont pas du tout de valeur absolue, car, dans le cas de propagation par voie veineuse la localisation se fait très fréquemment à droite par suite de modifications existant souvent de ce côté : quand on examine systématiquement les malades aux rayons X on remarque une mobilisation moins importante de l'hémi-diaphragme droit par rapport au gauche.

Du reste, si on examine l'ensemble des suppurations pulmonaires que nous pensons être d'origine naso-pharyngée, la localisation à la base droite est loin d'être la règle.

EXPÉRIMENTATION

Ce chapitre sera très court par nécessité, et nous tenons à écrire ici que l'ère d'une vaste expérimentation reste ouverte dans le domaine étio-pathogénique des suppurations pulmonaires, travail de longue haleine qu'il ne nous a malheureusement pas été donné d'entamer faute de temps, d'argent, et d'une organisation nécessaire... et enfin à cause d'un brusque changement d'orientation de notre vie, les conditions actuelles, matérielles ou autres, l'ayant imposée d'ordre plus pratique.

Nous empruntons donc les quelques lignes qui suivent à l'expérience du Docteur R. KOURILSKY.

« Nous voici donc ramenés à un des plus difficiles problèmes de la pathologie respiratoire, devant lequel s'affrontent les théories de l'infection descendante de proche en proche par la muqueuse bronchique, de l'infection hémato-gène, de la contamination par voie lymphatique ».

Et, explique KOURILSKY, l'expérimentation est ici particulièrement difficile et vouée à un échec fréquent, pour des raisons variées : et d'abord, « la différence physiologique radicale qui existe entre les voies res-

piratoires de l'homme et celles des animaux habituellement utilisés pour ces expériences : lapin, cobaye, ou chien » « ...l'abcès pulmonaire est pratiquement inconnu chez le chien ». « ... D'autre part, les germes à affinité respiratoire sont essentiellement différents chez l'homme et chez l'animal... chez les seconds ce sont surtout les virus filtrants qui sont en cause », « ...toutes les tentatives simples faites pour reproduire ces suppurations en calquant, autant que possible, les conditions expérimentales sur celles que l'on observe spontanément chez l'homme ont été vouées à l'échec... », « qu'il s'agisse d'infection directe du rhino-pharynx, d'infection trachéo-bronchique descendante, d'injection artérielle ou même veineuse ».

Et selon KOURILSKY (s'inspirant de ses nombreuses expériences personnelles), les artifices qu'il faut nécessairement employer pour faire naître chez l'animal, l'abcès du poumon expérimental, « s'écartent vraiment par trop des circonstances de l'éclosion spontanée pour être délibérément acceptées comme le reflet exact du mécanisme de production des abcès pulmonaires ». — R. KOURILSKY (déjà cité).

PROPHYLAXIE

Une étude étiologique impose l'existence d'un chapitre de prophylaxie : celui-ci aussi sera bref de par l'exiguïté même des moyens dont on dispose actuellement en thérapeutique : ici encore la recherche aura fort à faire...

Etant donné la fréquence de l'infection rhino-pharyngée, il faut en temps ordinaire et surtout chez des opérés, une désinfection bucco-pharyngo-nasale très soigneuse.

Et cette désinfection, faite actuellement par des antiseptiques (faute de mieux) devrait, pensons-nous, être faite par des moyens biologiques. Il serait utile également de préciser les conditions qui déterminent :

Soit le saprophytisme ;

Soit l'hypervirulence

des différents germes des cavités naturelles de la face.

Les antiviruses, par exemple, sont un progrès considérable dans ce sens, mieux que les antiseptiques banaux, où, cependant :

L'eau oxygénée,

L'arsenic, sous forme de novar surtout, constituent une arme susceptible d'être très puissante.

Une vaste étude s'impose qui dégagerait les conditions de milieu en vue d'une désinfection naso-bucco-pharyngée d'ordre biologique.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° La recherche systématique de l'infection rhinobucco-pharyngée chez les malades atteints de suppuration pulmonaire, en apparence spontanée donne les résultats suivants :

75 % des cas pour les abcès simples ;

75 % des cas pour les abcès putrides ;

85 % des cas pour les gangrènes aiguës.

2° Ces proportions, aussi élevées, sont obtenues en tenant compte également des antécédents même légers sur lesquels les malades n'attirent pas nécessairement l'attention, mais qu'il convient de rechercher minutieusement, et qui ont la même valeur, car chez ces malades, l'investigation la plus attentive ne montre pas d'autre étiologie.

3° Et d'ailleurs, la même étiologie se retrouve dans les suppurations pulmonaires post-opératoires, survenant après une intervention portant par exemple sur les voies digestives.

4° L'infection du poumon se produit vraisemblablement par voie lymphatique, puis jugulaire, amenant les germes au cœur droit d'où ils gagnent le poumon par l'artère pulmonaire.

5° Cette notion de fréquence insoupçonnée de l'origine rhino-pharyngée de ces suppurations nous sem-

ble capitale au point de vue prophylactique ; quoique nous n'ayons pas entre les mains à l'heure actuelle des moyens biologiques suffisants pour éteindre la virulence des germes de la cavité bucco-pharyngée.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

Emile SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (D.-S.). — Etiologie des abcès du poumon (*Arch. of Surgery*, janv., 1928, p. 179).
- BAUMGARTNER. — Traitement chirurgical des suppurations pulmonaires non tuberculeuses (*Soc. internationale de Chir.*, Madrid, mars 1932).
- BENJAMINS (de Gröningen). — Fréquence des abcès pulmonaires après la tonsillectomie (*Revue Laryng.*, février 1931).
- Amygdalectomie totale et abcès du poumon (*Revue de Laryng.*, 28 février 1931, p. 119 (France)).
- BESANÇON, ETCHEGOIN, AZOULAY. — Deux observations de gingivite pulmonaire d'origine buccopharyngée (*Revue Odontologique*, fév. 1928).
- CAUSSÉ. — A propos des abcès du poumon, et en particulier des abcès consécutifs à l'amygdalectomie (*Ann. Mal. Or., Lar.*, juillet 1930, p. 745).
- CHEVALIER-JACKSON. — L'abcès du poumon consécutif à l'amygdalectomie. Amérique (*Annals of Otology*, mars 1928, p. 231).
- Les infections pulmonaires chroniques non spécifiques (*Journal of American Medical Association*, sept. 1926).
- Les suppurations pulmonaires. Angleterre (*The Journal of Laryngology*, février 1931, p. 73).
- Infection chronique non spécifiques des pou-

- mons (*Arch. intern. de laryngologie*, avril 1927, p. 385).
- CLERF (L.-H.). — Absès du poumon après tonsillectomie (*Arch. of Otolar.*, février 1930, p. 192).
- DONZELOT et ISELIN. — Pl. interlobaire et absès du poumon (*Presse Méd.*, 7 novembre 1931).
- GRANDCLAUDE. — Les agents microbiens de l'infection dentaire (*Revue Odontologique*, juin 1928).
- HOLMAN. — Absès du poumon après tonsillectomie (*Arch. of Otolar.*, mars 1930, p. 287).
- HOLMAN et MATHES. — Production de suppuration intra-pulmonaire par infection secondaire d'une zone embolique stérile (*Tr. An. A. Thor. Surg.*, décembre 1929, p. 1246).
- IGLAUER. — Absès du poumon consécutif à l'amygdalectomie. Amérique (*Annals of Stology*, mars 1928, p. 231).
- KÉEN. — Complic. méd. et chir. après tonsillectomie (*Journal of Lar. et Otol.*, janvier 1932, p. 1).
- KOURILSKY. — *Thèse Paris 1927* (à la très abondante bibliographie de laquelle nous renvoyons le lecteur pour les publications antérieures à avril 1927).
- LE MÉE, KOURILSKY, LÉON KINDBERG, R. MONOD, SOULAS, A. BLOCH, ARMAND-DELILLE, LÉON BERNARD. — Les absès du poumon après tonsillectomie, étude collective (*Revue de Laryngologie*, supplémentum, n° 7, juil.-août 32).
- PEYRE. — *Thèse Toulouse*, 1926. Contribution à l'étude des inf. d'origine bucco-dentaire.
- PIERSON. — Absès du poumon après tonsillectomie (*Arch. of Otolar.*, mars 1930, p. 279).
- PORTMAN et LAPOUGE. — Les complications opér. de l'amygdalectomie totale (*Revue de Lar., Otol. et rhinologie*, 15 mars 1930).

- ROUVIÈRE. — Traité d'anatomie des lymphatiques de l'homme.
- RÜPPE et LAMBLING. — A propos d'un cas d'abcès gangréneux du poumon d'origine dentaire (*Soc. Stom.*, 16 octobre 1928).
- SERGENT et BORDET. — Les abcès putrides ou gangréneux du poumon, d'origine naso-bucco-pharyngée (*Journal Méd. fr.*, août 1926).
- SERGENT, KOURILSKY, BAUMGARTNER, ISELIN. — Indications thérapeutiques médicales et chir. dans les abcès du poumon, XXII^e Congrès franç. de Médecine.
- SERGENT. — Bronchiectasies abcédées, abcès bronchiectasians et abcès bronchiectasiques (*Presse Médicale*, févr. 1932).
- WEIDLEIN et HERMANN. — Les abcès du poumon (*Rev. de Laryngol., d'Otol. et de Rhinol.*, 1929, p. 215).
- WEILL et GLÜCK. — Abcès du poumon consécutif à une amygdalectomie (*Société d'Oto-Rhino-Lar. de Paris*, 22 mars 1933).
- WEISSENBAACH (R.-J.). — Abcès du poumon à strepto d'origine dentaire probable (*Soc. Méd. Hôp.*, 25 mars 1927).
- WHITAM. — Amérique. *The laryngoscope*, avril 1927, p. 304. Abcès du poumon conséc. à l'amygdalectomie.
- YANKAUER (S.). — Le diagnostic radiol. et le traitement de l'abcès du poumon. Amérique. (*The Laryngoscope*, p. 215, avril 1929).
- ZDENKO (de Dworzak). — De l'abcès pulmonaire consécutif à la tonsillectomie. Italie (*Il Valsalva*, juillet 1932).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6^e
